

健康診断受診助成金申請書

申請金額									円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

健康診断受診助成金を申請します。

年 月 日

事業所番号						
-------	--	--	--	--	--	--

事業所住所

事業所名

代表者名

印

一般財団法人
おおいた勤労者サービスセンター 御中

○必要添付書類

- ・受診機関の領収書(コピー可)(振込をした場合は振込をしたことがわかる書類)
- ・受診機関の請求書(コピー可)
- ・会員番号・受診者氏名・受診日・受診者ごとの受診料を記入した受診者名簿

振 込 依 頼 書

上記助成金については、下記口座に振込んでください。

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合	本・支店 (出張所)
口座種別	1.普通 2.当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

※口座名義は正確にご記入ください

受付年月日		年	月	日
起案年月日		年	月	日
決裁年月日		年	月	日

※申請書のFAX 受付はできません※